

# 如何將心理衛生教育落實於社區

鄭夙芬

## 壹、前言

第二次世界大戰以後，歐美國家對於精神疾病醫療的專業化工作相當迅速地發展開來，大家也逐漸地重視到心理衛生之重要性；到了一九六〇年代，精神醫學界又將領域推向醫院外的治療，陸續推行社區心理衛生運動，去機構化的觀念也正式開展。一九六四年美國甘乃迪總統所通過的社區心理衛生中心法案為社區心理衛生中心功能定位，其所提供的服務主要以諮詢、教育為主，由社區機構與專業個人來提供。美國聯邦政府對於心理衛生教育的定義是「心理衛生教育最基本的目的是藉由協助個人獲得能集中、維持安寧狀態的知識、態度與行為，以促進正向的心理衛生」(National Institute of Mental Health, 1966)，就此奠定心理衛生教育的重要性。

我國在民國七十八年度開始了「精神病患社區復健試辦計畫」，將對精神病患的處遇工作接合上社區資源與社區人力，期使精神病患

能在去機構化的環境中得到適當的復健。同時，在民國七十九年所公布實施的「精神衛生法」中，亦明文將「社區復健」列為精神醫療方式，以此法為基礎，在六年國建計畫：建立全國醫療網計畫的精神疾病防治工作計畫書的內容中，亦強調「充實精神復健設施及推廣居家治療計畫」，不論在法令、政策及行政上，都可以說為我國精神疾病防治工作與社區模式的結合推向一大步，除此之外，既有各地區的社區心理衛生中心亦為社區心理衛生工作推廣不可或缺的一環。

社區成為精神疾病防治與心理衛生促進的重要單元，是近來的一項重要趨勢，其意義不僅在於提供一個精神病患合適的復健環境，使居民能從了解精神疾病進而接受精神病患者，更重要的是藉由社區心理衛生教育的促進進而使社區居民都能擁有健康的心理衛生環境。本文將從社區心理衛生的緣起相關的教育內容進行探討，並試圖結合社區組織的模式做更進一步的分析，同時透過以台灣地區某縣市之社區心理衛生中心為例，進行實例討論。

## 貳、社區心理衛生發展

### 一、緣起

自古至今，對待精神病患的態度，主要端賴當時社會對精神病的認識與觀念（沈楚文，一九九一），其次得視當時之政治與經濟狀況而定。在古老時代，對精神疾病的種種怪異行為，被認為不是妖靈附身，就是靈魂走失所導致，也可能是犯到了神明的禁忌，而得到懲罰，因此需靠禱告、懺悔等宗教儀式來處理（沈楚文，一九九一）；由於當時的政治、經濟環境都無較大的選擇性，且生活性質單純，因此，異常者多生活在社區之中，人們雖採敬畏態度，但是，還可以接受其共同生活（Straus, 1966; Jimenez, 1988; 沈楚文，一九九一）。

在十九世紀，隨著美國的獨立戰爭，英國新教運動(Evangelical Movement)及費邊主義(Fabianism)等的影響，政治與經濟生活愈來愈多元化，人與人接觸頻繁，社會中移民、貧窮、疾病、殘障問題日增（Straus, 1966）。社會中傾向要求自我控制個人行為，且不再以超自然的方式來解釋行為異常的人（Jimenez, 1988）。開始以機構式的收容養護所來處理精神病患，除了較經濟外，也達到與社會隔離的目的（Bennett, 1963; 白秀雄，一九七六）。但，因時有不人道之事從收容院傳出，有一位新英格蘭(New England)的教師：狄克斯(Dorotheadix)女士便大力的提倡將在貧民區、監獄、瘋人院的精神

病患應提供人性照顧，而鼓吹設立公立精神病院(Bennett, 1983)。

隨著二十世紀的到來，個人主義因無法解決當時社會中所產生的經濟、政治問題，中央政府逐漸承擔了照顧人民福祉的主要責任，公立機構陸續出現，收容嚴重的失功能者；隨後，由於二次世界大戰中，美國對國內青年男子在做兵役檢查時，發現百分之十八因有精神科方面的病患而不能服役，反而需送至精神病院，形成政府財政上之負擔，也引起大眾對心理衛生預防之重視（Mechanic, 1990; 沈楚文，一九九一）。一九五二年精神藥物發現以後，特別是chlorpromazine等抗精神病劑問市後，較能有效控制精神病人錯亂的行為（曾文星，一九八六；沈楚文，一九九一）。另一方面，當時英國的復健運動受皇家委員會對精神疾病及智能不足者所立法的影響，而美國則是在一九五五年由美國國會成立的「精神疾病與健康聯合委員會」(The Joint Commission on Mental Illness and Health)影響，視病人日後照顧(after care)及復健為服務的一部分，將日間留院(day hospitals)，居家照顧(family care)，復健中心(rehabilitation centers)，工作服務(work services)，及院外病人團體(ex-patient group)均視為服務的範圍之內(Bennett, 1983)。

隨後在一九六三年美國總統甘迺迪發表有關心理疾病及智能不足的公告，同年提出社區心理衛生中心(Kennedy's Community Mental Centers)，提供社區服務，在靠近病患的家附近，設置一些合理的設施，給予較廣範圍的服務，希望服務是可立即提供、容易接受且有所持續(Bennett, 1983)，保障精神病患自由人權，給予最少約束的治

療，(treatment in the least restrictive setting)，除非是危險性的精神病患，否則不能強制其住院治療(謝佩卿，一九八七)，至此，整個社區心理衛生的觀念，已普遍在精神醫學界中展開。

## 二、定義

Mandona1等人(1990)認為社區心理衛生服務應以使用者為觀點出發，它是一種：在病人所生活的社區環境中提供可接受性的服務，利用跨領域的團隊人員與社區各種機構合作(包括與社區健康照顧有關及無關的)，去創造開放的溝通與交換訊息的氣氛。

Shefler (1991)則提出所謂的「社區心理衛生中心」主要是因應近年來精神科病床數的減少，因此顯得日益重要，病人出院後主要的需要是醫療、復健、危機干預等等；而中心的專業者必須與其他專業者互動與合作，包括：社區的家庭實務工作者，社會服務福利機構，保險機構與法庭等等；社區資源與心理衛生的概念已儼然融合在一起。

筆者則認為，社區心理衛生正如Bennett(1991)在其所著的社區精神醫學(Community Psychiatry)一書中所說：「社區精神醫學並不能單由醫師來安排，它需要很多非醫師的專業人員來加入，由各科學立場來探討，將會更勝於僅用一種理想化或理念化的觀點來探討」(Bennett, 1991)。因此，綜合來說，筆者認為社區心理衛生工作的意義可含下列四點：

- (一) 社區心理衛生工作結合各領域的工作者，以團隊方式合作。
- (二) 社區心理衛生的對象應包括精神病患者、家屬與社區民眾。
- (三) 社區心理衛生的目的除包括消極性的預防復發之外，更積極性

的為了促進社區民眾的心理健康。

(四) 社區心理衛生工作注重社區的個別性與特色，並結合社區資源。

## 三、爭議

在這三十多年之間，「去機構化」的理想確實對精神病患提供人性化照顧的作法，減少住院的病床數，也使得病患與家人共同生活(Segal, 1987)，符合社區精神醫學的健康原則；但，卻也產生了相當的爭議，使得社區心理衛生的實施面臨許多困難，回顧國外在社區心理衛生實施時所面對的爭議，將有助於澄清我國正在實施有關「社區心理衛生」之理念，特別是針對心理衛生社區化中所凸顯的教育層面之問題包括：

(一) 以社區為基礎的服務，常因缺乏合適的組織經營、或是私人機構因專業知識缺乏，人員流動率高，及政府的監督不週、缺乏協助等影響，再加上成本及利潤的重視，往往忽視教育的重要性，衍生不少問題(Bachrach, 1984; Bennett, 1983)。

(二) 而隨著社區型態的變遷，精神病患復健目的不再單純的只是改進或恢復失功能；Wing等人(1972)及Criswell (1968)的研究中，提出應在社區中更進一步強調「調適」(accommodation)的觀念，也就是說應透過「教育介入」加以協助，更關心人們每天的真實生活，而非僅有「居住」「安置」的處遇而已。

(三) 社區居民的排斥也是另一項爭議的事實，對美國這個注重個人的理性、自我控制的民族性而言，精神病患的低程度適應，使得當社區居民必須因去機構化政策而增加與精神病患接觸的同時，也產生了

社區居民不歡迎與病患的互動及增加摩擦(Wilmouth et al., 1987)，這是另一個因缺乏社區教育而產生的爭議性問題。

綜合以上整個歷史的演進看來，社區心理衛生及社區精神醫學發展是值得肯定，但，更重要的是如何能自發展過程中修正不適當之經驗，建立更合本國民情之社區心理衛生觀念，強調並加強社區心理衛生教育應是當務之急。

## 參、社區心理衛生教育

### 一、緣起

一九五七年Cumming and Cumming在加拿大的一個小社區中，進行並評估一項六個月的密集心理衛生教育計畫，其主要目的是讓社區民衆對精神疾病患者有所瞭解的教育，結果他們發現，不只是在計畫上（包括以影片欣賞、媒體呈現、團體討論的方法）沒有測得有效的效果，同時，他們的努力還遇到民衆的敵意、焦慮與拒絕，反應到極點，最後由市長出面將這些教育工作者邀請離開社區（引自Bloum, 1984）。由此可以發現這種只憑小小的、不確定的熱心，加上未獲邀請進入社區，也不瞭解社區民衆對於患者的態度而來從事社區有關的心理衛生教育工作，效果不佳是可以預期的，不過，Cumming等人以社區為心理衛生教育工作的焦點，成為社區心理衛生教育的濫觴，這樣的精神依然值得肯定。

隨後，在一九六五年，Davis提出心理衛生教育計畫的四大部分，包括：實在的內容、傳播媒體、觀眾、目標，同時，強調因為心理衛生教育中，觀眾對訊息可能會產生抗拒，因此對於較敏感性的內容應有特別的技巧。事實上，早期的心理衛生教育所具有的正式訓練計畫頗為缺乏，結果使得相關教育工作顯得微不足道，許多相關書籍對此部分的描述上不是未有所提及便是比重不足。

### 二、內涵

一九六〇年代，社區心理衛生工作的被重視，連帶也使得心理衛生教育有了更進一步的發展，一九六七年所成立的National Committee for Mental Health，將心理衛生教育定義為一種支持人們心理健康的知識、技巧與態度的介入，其效果並可影響其它人，且適用於很多標的團體，透過這樣的介入，人們可以適應環境，尋找更支持性的生活，減少情緒障礙，促進個人與社區團體的成長(Bloum, 1984)。

這個委員會同時提出六項社區心理衛生教育的特性：

- (一) 它是一種或一些經由學習可以增進心理衛生的方法。
- (二) 這些方法來自心理衛生、心理學、社會學、教育學與大眾傳播等領域。
- (三) 雖有時與臨床服務一起使用，但它與臨床介入是不相同的。
- (四) 它適用對象相當廣泛，並不限於案主或臨床的求助者。
- (五) 其目的包括增進機構化患者的適應，創造一個有足夠訊息與照顧性質的社區，使人們更快樂，過著心理更健康的生活。

(六)其含括預防與促進正向心理健康的層面，使不需或不想臨床服務者有能力創造一支持性環境。

另外，該委員會也提出社區心理衛生教育的五大對象是：

(一)對一般大眾的教育，特別是心理衛生問題與資源，以促進正向心理健康。

(二)對處於危機的非案主系統之教育，支持民衆面對可預測的生活階段上的轉變，使生活在壓力之下能更有效獲得技巧處理壓力症狀。

(三)對案主與其重要他人的教育，支持案主成爲一個更有技巧與知識的心理衛生服務消費者，加強案主或患者的治療方案，協助案主面對回到社區之後的轉變。

(四)對社區影響者的教育，包括一些服務組織、學校系統、司法機構、醫師、公衛護士等，使其能成爲心理衛生的資源，增加對心理衛生工作所負的責任，認識情緒的問題，並協助社區其它機構做合適的轉介。

(五)教育影響公共政策者，包括民意代表、顧問、政府官員，使其瞭解公共政策對心理衛生的影響，同時對促進心理衛生的公共政策有更多的支持 (引自 Bloom, 1984)。

Goldston (1968)則以專業工作者爲對象提出社區心理衛生教育包括二項功能，其一爲一般性教育功能，提供可增加工作效果的目標與活動給社區心理衛生工作者，其內容包括：

- (一)促進社區組織與機構間的合作。
- (二)進行社區評估，特別是對於心理疾病與健康、心理衛生服務等

相關需求的態度與知識之瞭解。

(三)界定壓力與心理疾病的共同焦點。

(四)建立並提供心理衛生諮詢方案。

(五)對現在的與可預料的患者與家屬提供教育方案。

另一方面社區心理衛生教育有其特殊性的教育功能，提供社區心理衛生教育者所需要的專業訓練技術，其內容包括：

(一)對於相關的照顧者團體進行專業訓練。

(二)對大眾提供一般性教育與心理衛生教育方案。

(三)提供對其他工作者的諮詢。

(四)對患者與家庭提供復健教育。

(五)製作特殊教育教材與方案。

Adelson & Lurie (1972)認爲社區心理衛生教育的二大目標：

(一)增加個人對心理衛生的瞭解、知識與能力，以有效應付每天生活或生活階段中所面對的問題與危機。

(二)增加社區與其系統——政府本身、公立或志願機構，如：學校、福利、警政、教堂、醫院等對心理衛生的瞭解、知識與能力，以經由預防、處遇或復健等方法有效處理社會問題。

一九七九年密西根心理衛生協會 (Michigan Mental Health Association)在其所出版的文章，由 Williams 更進一步提出三個需要社區心理衛生教育的理由：

- (一)教育比傳統的服務輸送體系能夠影響更多的團體與居民。
- (二)教育並不是所謂的要求民衆去站在案主或患者的位置。

(三)教育並不是將焦點放在疾病或病理方面，而是放在民衆的力量與能力方面。

也就是說所謂的「治療」，往往只是爲了降低個人在生活上所感受到的痛苦，而「教育」則是爲了學習與成長，或許會感受到痛苦，但，透過教育經驗更能得到成長與發展。

綜合上述的討論，作者認爲社區心理衛生教育的功能是值得肯定的，其意義主要是在於使正常或危機團體增加應對的技巧與能力，也就是說經由增加主要照顧者與社區民衆有關的訊息，可以促進更正向的心理衛生、個人成長與豐富生活，增加社區接受回歸社區的精神病患者，並影響與社區心理衛生及個人安寧狀態有關的公共政策。

### 三、技巧

Adelson & Lurie (1972)認爲社區心理衛生教育計畫內容的決定往往是困難的，教育者除界定標的人口之外，還必須瞭解自己的目標，如果目標是在於心理衛生設施與服務的改進，則必須凸顯心理疾病的統計數據與現代資源供應的缺乏；如果目標是在於使社區的生產事業業主願聘僱復原病患，就必須訓練並安排患者能在表現及技術上有較爲正常的示範。

在實務上，除顧慮到目標因素之外，Adelson & Luri (1972)則提出三種合適的標的團體：

(一)本身有情緒障礙危機者，例：再入學、新婚、初爲人父母，退休，或遇到壓力事件，或處於慢性壓力情境。

(二)社區中擁有不同權力者，例：居於影響社會政策及財務的當權

者，或是社區中無權力者，協助其增加對自己命運的控制。

(三)有責任照顧他人者，包括老師、公衛護士、牧師、警察等。

另外，在教育者所需具備的技術方面，Korchin (1976)提出若是針對父母團體，其所關心的會是兒童的發展與相關的心理衛生知識，教育者除了瞭解心理病理學的知識、發展、介入方法、社會問題、心理衛生組織與設備之外，也必須瞭解溝通的技術與技巧、團體過程等。Blom (1984)爲心理衛生教育者所使用的基本技術包括：講課；示範與影片，這是典型的在團體場合中使用；大眾傳播——報紙、收音機、電視；小型的面對面討論團體；社區組織等等。

社區心理衛生教育主要的計畫可以分爲一般性心理衛生計畫、家庭教育計畫、社會能力與社交技巧建立計畫等三部分：

(一)一般性心理衛生計畫，主要的目標有三：改進大眾對心理健康議題的態度，增加大眾對社區心理衛生資源的覺醒，增加大眾對社區心理衛生資源的利用(Sundel and Schanie, 1978)；結合傳播理論、社會行銷、社區組織等模式進行。

(二)家庭生活教育計畫，主要關心父母與子女的家庭關係，特別強調：情緒、認知與行爲技巧，在情緒方面強調人際知覺與敏感度；在認知方面強調家庭歷史如何影響現在的家庭功能，並學習與家庭生活有關的新事物；在行爲方面強調經由問題分析的過程，透過角色的扮演，學習有效的行爲(Blom, 1984)。因此，包括兒童虐待的預防、養育子女的方式、兒童問題行爲的處理、親子關係的改善等均屬於該範圍之內，透過社區組織、傳播、社會行銷、社會學習、社會支持等

模式進行。

(三)社會能力與社交技巧建立計畫，包括情緒教育、人際關係、壓力管理、自我效能等等，經由社會支持、社區組織、社會學習的模式進行。

透過上述對社區心理衛生教育歷史、定義與內容的探討，作者肯定其重要性，並希望結合社區組織的概念，整合探討以社區為心理衛生教育基礎的工作特色。

## 肆、社區組織理論介紹

本文針對社區心理衛生教育工作進行探討，因此，除了上述有關社區心理衛生與衛生教育的概念探討之外，作者擬更進一步針對與社區心理衛生教育息息相關的工作模式——「社區組織」來加以探討，試圖可以更進一步從社區工作的動力與內涵進行探討，以希望形成更落實於社區的心理衛生教育概念。

### 一、社區的定義

「社區」(community)一詞，是一個含意較複雜的名詞，各種專業對此一名詞的用法未盡一致(徐震，一九八二)。其相關定義包括：

(一)從社區地理或結構的概念來看，可以用來指一特定區域中的所有民衆(可以指一村、一鎮、一市、或某一市的某一區域)(徐震，一九八一；姚克明，一九七〇)。

(二)從心理、互動的概念來看，可以將社區視為居民生活中相互關聯與相互依賴的網狀體(徐震，一九八二)。

(三)從行動及功能的概念來看，則社區更具有了動力的觀點，希望藉由居民的集合，自行發現其共同的利益、需要，並自求解決之道；Warren (1972)更指出「社區」是指那些由社會單位或系統所組成的區域，並擁有一群對地域有社會功能的群體(徐永德，一九八九)。

(四)以綜合、整體性的概念來看，是將前三個概念整合來探討，認為社區是指一群住在某一區域的人，具有若干共同關係，社會互動及服務體系的屬性(徐震，一九八二)。

以上四項定義說明乃是較偏向社會工作者專業立場的看法也是屬於較基本的觀念；相對於以上條件，以下的定義則是較屬應用性：

(五)社區的第五項定義，傾向以跨領域專業服務特性為主，正如一九七八年世界衛生組織(WHO)所強調的，以「社區」為導向的基層照顧(COPC, Community-oriented Primary Care)，認為要推動「全民健康(health for all)」，除了支持適當使用醫療科技之外，另外關鍵性的二項條件是社區參與推動健康計畫的程度、基層醫療人員兼具團隊合作及以「社區」為服務對象的能力(陳慶餘，一九九一)，社區代表的是推動專業工作的核心及團隊表現的標的。

(六)而從健康照護的制度來看，社區則是一個用來與醫院、精神病院、療養院等機構相對應的概念，藉由「機構」與「社區」二者形成的醫療服務網絡，依專業者評估及民衆需求，而選擇醫療養護機構或停留、回歸到社區之中(蕭蔚，一九九二；陳武宗，一九九二)。

綜合來看，社區心理衛生教育工作的專業性質與第五、六近。但，從廣義來看，欲順利且落實社區心理衛生教育工作，則前四項定義的融合，仍是必要且合宜引用的觀點。也就是說，社區心理衛生教育中所謂的「社區」，乃是一個相當於醫療、養護機構的照護制度，它更是一種專業性的服務工作，同時，它必需具有居住於一區域居民的參與及互動，藉由相關專業的協助，而使「健康」與「環境」之間實現良好的整合。

## 二、社區組織的模式

在探討社區組織模式中，以Rothman等人(Rothman & Tropman, 1987)最為有名，其將社區組織分為三種不同類型的實務模式，包括地方發展模式(locality development)、社會計畫模式(social planning)、社會行動模式(social action)。

(一)地方發展模式：屬於過程取向，強調一致、合作、建立團體認同與社區感。

(二)社會計畫模式：屬於任務取向，強調理性的，經驗的問題解決方式，通常藉由外來的專家，也就是意味著有選擇性的改善及解決問題。此模式所關心的是「能夠建立、安排並送一些人民所需要的事務」，並非去建立社區能力或是去養成批判性、基礎性的社會變遷。

(三)社會行動模式：包含目標或任務取向，關心的是社區在解決問題方面的能力增加，在受壓迫的弱勢團體與強大的社會中，爭取力量與權力的平等，以獲得具體的改變(引自Minkler, 1990)。

Rothman認為這三者之間並不是完全不相干的，彼此之間在實務

領域上，往往視社區特色、問題性質、標的行為、領導特質、資源運用、環境背景、時間長短等因素，而有所重疊之處，不應將其絕對劃分，以免缺乏完整性的看法。以下即為作者以Minkler (1990)綜合上述模式所整理出五項社區組織的特質為架構，加以應用整合說明，並認為其為社區心理衛生教育實施中，相當核心的五項依據基準。

(一)權能(empowerment)，這是屬於社區組織實務中的核心概念，其可分為二個層次，包括個人層次與社區層次；就個人的層次而言，是指能增加個人來自社會連結的支持，經由控制感的增加，參與社區，使健康獲得正向的效益。另一個層次為社區層次的權能，它能使社區較能夠從事集體問題的解決，將社會問題的比率下降，使社區更能針對問題形成改變。

(二)社區能力(community competence)，Cottrell (1983)認為社區能力可以有效來界定社區的問題與需求，獲得工作目標及次序上的共識，形成在行動上有效的合作。欲發展一個具有能力的社區，首重領導者的發展，他能扮演鼓舞者與促進者的角色，前者包括：刺激民衆有批判性的想法，並能夠去界定問題，找出解決的方式，後者則包括：他能提供一個團體討論的過程，以最多產的方法來完成其內容。衛生與健康工作者就如同社區組織者，扮演一個很重要的角色來協助社區增加解決問題的能力。

(三)居民參與並以民衆的所在為出發點(the principles of participations and "starting where the people are")，Nyswander (1966)提出「以民衆的所在為出發點」，強調在衛教過程

中，應該先關心與感受個人與社區的需要。雖然，這個原則在應用上有所困難，工作者所界定的教育目標往往都是先於居民的需要而存在，但以民衆爲出發點的精神仍值得教育工作者不斷在工作中修正與適應。另一方面，所謂的「做中學」的參與原則，使民衆在回饋中能有更具體的瞭解與學習，亦爲社區教育的重點。

(四) 議題的選定 (issue selection)，議題是指社區能強烈感受到有關的問題 (Miller, 1985)。一個好的議題，必須符合下列的幾項指標：它必須是可贏的，簡單的，特別的；較不會引起失望及宿命的態度與信念；社區中任何人都可以很清楚以一二個句子來解釋它；它能結合社區居民，使他們認爲這樣的參與是很有意義的；它能影響很多人且屬於大的計畫或策略的一部分。議題選定的方法包括：針對特定團體的探討、挨家挨戶的調查、輪流提案法等等。

(五) 創造「批判性的意識」(creating "critical consciousness") 這主要是由 Paulo Freire 所提出，它被廣泛的應用在第三世界中，學習者與教師之間，團體成員之間都是以一種相互尊重且平等的關係來互動；使中下階級的居民能發現自己的政治或社會情境，找出它的原因及背後的問題，以許多角度與現實之間相連結，以批評性的感想來提出行動計畫，進而協助現實的改變。此方法不僅是在強調方法學上的效果，更重要的是，它使社區組織的效果能深深根植在問題及所提出的議題之了解。

透過上述五項社區組織特質的描述，綜合來說，作者認爲對於社區心理衛生教育的實施，應含下列五點基本運行原則：

(一) 主動了解、發掘、分析與社區心理衛生教育相關之社區次領域之分析，包括：人口特質（年齡、性別、婚姻狀態、子女數、居家型態等）、勞動特質（就業狀態、職業別、工作類型等）、收入特質（平均家庭收入、來源等）、居住特質（每房間的居住人數、居家環境、設備、居住型態等）、疾病特質（精神科住院率、輟學人數、復健人數、醫療專業與非專業人數等）、社會特質（資源的豐富性、社會階級、人際網絡、居民衝突來源及合作的可能性等）。

(二) 運用可以協助各種不同群體溝通及協調的技巧，逐層釐清居民對本方案之需求與問題，借重當地具有聲望人物、機構的影響力，提高溝通的質與量，增加社區主動參與教育學習的動機與能力；並建立良好的資訊管道，將使資料不僅便於蒐集分析，同時，可形成社區的資料庫。

(三) 每個地方的社區，均有其獨特性 (Grusky, 1987)，應接納當地社區原有的發展步調與歷史傳統，而不是以上對下的權威專家姿態介入社區，或一味批判或糾正民衆的行爲。

(四) 尋求社區的聯盟者 (Allies) (廖榮利，一九九一)，包括社區中可提供教育者、行政機關人員、相關的專業服務機構，以及社區的病患、家屬與民衆亦應加入團隊中，建立合作及服務轉介網絡；在此特別值得一提的，若有聲譽良好的當地專業機構及人員參與教育計畫，則會減少社區居民的懷疑，使之更易發揮對社區之影響力 (廖榮利，一九九一)。

(五) 計畫欲持久，需有接受社區居民及學習者修正計畫的意見管道，

同時，能階段性完成、檢討及延續教育計畫，以居民自助為終極目標。根據上述文獻的整理，以下就台灣地區某縣市的社區心理衛生中心為例，進行實例的探討，希望能將社區心理衛生教育的觀念更加具體與落實。

## 伍、台灣地區某縣市的心理衛生中心的例子

### 一、現況介紹

某縣市心理衛生中心於民國八十年開始試辦，同時在該縣的縣轄市設立全國第一個社區性心理衛生服務中心，其工作乃根據(一)精神衛生法第十條：「直轄市及縣(市)衛生主管機關得設社區心理衛生中心，負責推展社區心理衛生保健有關工作，並協助教育主管機關推動各級學校心理衛生教育及輔導。」(二)「某縣市辦理心理衛生工作三年計畫延長二年計畫」等二項規定來辦理。

該心理衛生中心的計畫目標包括：

- (一)訓練相關人員，加強其心理衛生知識與處理的能力。
- (二)普及心理衛生理念：針對學校、精神病患與家屬、社區民衆作心理衛生教育宣導，主題包括：1.健康的心理，2.認識精神疾病，3.藥物濫用防治；以加強上述人員對心理健康的認識及心理衛生的瞭解與運用。

(三)整合社會資源並加強聯繫與溝通，以建立並強化縣市資源網絡及地區輔導網絡之聯繫。

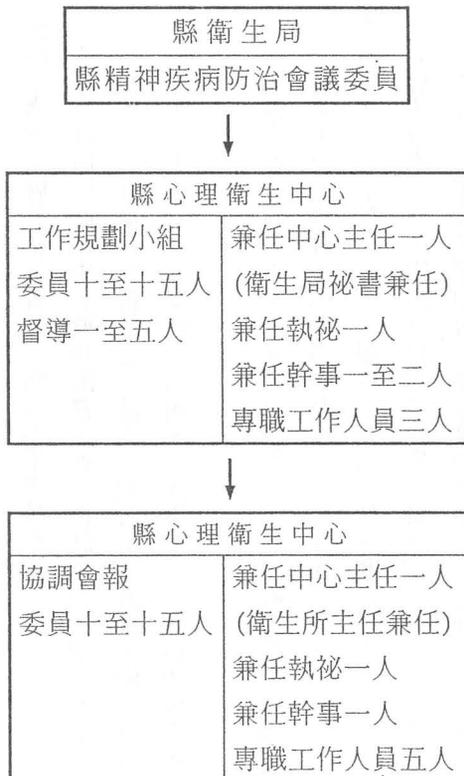
(四)增強心理衛生中心專職人員輔導知能與行政能力，提昇其處理問題之能力，以利業務推行。

(五)執行各大專院校相關科系學生實習策略，加強心理衛生中心與學術單位的聯繫。

(六)完成縣境內精神病患之特性與現況分析。

(七)成果展現與計畫評估：匯集試辦計畫之延長計畫的執行成果，並評估未來推行縣內其它地區心理衛生服務中心之可行性與方向。

該心理衛生中心的組織圖如下：



該心理衛生中心的主要工作項目（以八十四年度為例）：

(一) 訓練心理衛生相關人員：

1. 學校部分：設計並辦理縣內小學校長、國中輔導主任、高中與高職輔導主任以及大專院校服務性社團的社長之心理衛生專題研討會，各一梯次，其中高中職部分與台灣省北區公、私立高中職心理衛生諮詢服務中心合辦；社區性中心則辦理該地區國中小輔導老師專題研討班二梯次。

2. 專業人員部分：針對醫院之社工、護士長、總務主任與專科醫師，辦理社區資源網絡之際例與應用研習班一梯次；針對十區域進行公衛護士之個案研討會，每區二場。

(二) 普及心理衛生理念：

1. 學校部分：繼續辦理心理衛生教育之宣導，針對該縣轄市及縣內六所國中、小各擇一所，示範性辦理，並於其中四場聘請大專院校相關科系或康輔社團，以團康方式進行宣導；三社區性心衛中心則辦理五鄉鎮市幼稚園老師之教育宣導，計五場次；學期前並匯集該地區輔導老師全學期的知能研習時間，轉發各校參考。

2. 病患及家屬部分：於縣內八鄉鎮辦理巡迴諮詢座談，一鄉鎮二梯次。

3. 一般民衆：辦理心理健康座談，於轄內七市辦理共七梯次；媒體宣導：(1)與康復之友協會合作，於廣播雜誌等處闢專欄，(2)製作宣傳單、宣傳品（刊物、手冊貼紙）；社區性心衛中心選針對村里幹事、里長、里民大會、老人團體、衛生所與公立醫院之門診，實施機構介

紹與衛教宣導。

(三) 規畫並整合社會資源機構：採回函、電訪或直接訪視的方法，收集並整合該地區既有的社會資源網絡；每半年召開一次心理衛生輔導網絡之溝通與聯繫研討會，以暢通個案之轉介。

(四) 辦理社區性心衛中心直接服務工作：電話諮詢，週一至五，下午一至五點，二線電話服務；心理諮商，制訂追蹤方式，開辦諮詢門診；辦理國中小研討會，參加者為國中小輔導老師，由相關專家擔任研討會主持人。

(五) 加強中心專職者專業智能與行政能力，提昇處理問題之能力：

1. 專業人員的訓練：職前與在職教育，每年辦二次，一次三日，訓練內容包括：衛教知能、訪視技巧與諮商輔導能力等。

2. 專業督導：由小組諮詢會議成員擔任督導，一個月一次。

(六) 執行各大專院校相關科系學生實習策略，並受理各單位之參觀活動。

(七) 繼續調查分析縣內精神病患現況指標：整理列管資料，以瞭解現況，並作為工作依據參考。

(八) 製作教具、教材並編纂參考手冊供教育訓練使用：

1. 製作教具，宣導短片二部（卡通型態），另有一部台語發音，並製作幻燈與投影片各一套給予基層機構。

2. 製作老人與校園心理衛生教材，編纂手冊，屬工作手冊。

(九) 辦理義工訓練。

(十) 辦理規畫小組會議與協調會報。

(五) 擬設縣中其他地區心理衛生服務中心規畫。

(六) 成果展現。

## 二、分析與檢討

本計畫的雛形近似 Rothman 所提出的社會計畫模式，以外來的專家學者為主所進行的衛生教育方式，希望經由階段性的資料搜集與計畫設計，透過正式的相關組織與管道操作，解決社區的心理衛生問題，居民屬於被動的參與方式。從其中，筆者擬就下列六項來進行分析與檢討，提出個人看法：

(一) 該心理衛生中心的成立背景依據精神衛生法的條文規定，在性質上屬於地方政府的附設單位，其下所設的社區性心理衛生中心，仍有濃厚的官方色彩；又因設置定位上屬試辦，無法遍及北縣各鄉鎮，如此往往造成機構與民衆需求間的落差。實應多鼓勵由熟悉地方、具地區性色彩的民間團體辦理社區心理衛生教育工作，並接納及允許各地區之間工作內容的差異性。

(二) 本計畫目標訂定缺乏完整的資料庫，目前雖著手進行精神病患者的檔案管理，但對於多數的民衆而言，缺乏整體性的基本資料呈現，會導致目標建立的正確與急迫性有所失誤，事實上，包括人口、社會、居住、勞動、收入、環境、健康等各項資料，均可從相關行政單位獲取基本統計資料，同時，必須注意不同地區之間的差異性。

(三) 本計畫還需要更進一步探討居民的心理衛生問題與需求，透過焦點團體、系統抽樣等方式來獲得這些較特殊性的資料，該年度的重點宣導在於健康的心理，認識精神疾病與藥物濫用防治，究竟這些是

民衆的需要，還是政府的行政命令；另一方面這些宣導重點過於疏離民衆，措辭不見吸引力，亦是另一項檢討之處。

(四) 本計畫視衛生教育工作為：1. 衛教即為宣導；2. 以研討會、個案討論、演講、團康、媒體、單張印刷品為衛教的內容；3. 以學校老師、特別是輔導老師，鄰里長，老人為主要工作對象；4. 計畫地點以中心所在地區為主，同時所辦理的次數較屬偶發性質。

因此筆者認為：1. 需糾正「宣導」並非衛教的全部，教育的本質並不是單向，而需強調互動的特色；2. 衛教應是一系列、有系統的介入活動，而非偶發式的活動性質；3. 衛教所使用的傳播方式與內容應透過大傳、行銷、社會學習等理論的結合，再配合當地特色加以豐富，而非每個地區以統一的材料方式與內容實施；4. 對該縣而言，都市原住民、外勞、作業員、農漁民等應是衛教對象中，不可忽視的一群，本計畫一直以學校教師為主要核心，似乎喪失社區動力的意義；5. 可加入準實驗設計的方式進行衛教計畫的相關評估。

(五) 社區工作強調向下扎根，本計畫對於未來效果延續上的考量較少，包括培養社區種子、建立社區能力、形成社區共識等等主動性、積極性議題均未提及，雖具社區心理衛生之名，但所處理之工作焦點卻未見以社區為主；另一方面，計畫對於民衆的心理衛生習慣之養成缺乏具體性的行動策略，這亦是計畫缺乏民衆重視可能的原因之一，此現象實與大環境的屬性有關。

(六) 對於專職人員之培育，其內容缺乏養成其社區取向的工作價值觀，包括與社區相關的素養，衛教理論、計畫與評價、健康行為等課

題均不足，另一方面，其兼具行政者、輔導者、教育者、計畫者等等的專業角色，是否有助其成爲社區教育的嚮導，仍值得保留。

## 陸、結語

這幾年來，社區心理衛生教育工作在心理衛生的領域中尚未受到相當的重視，尤其是以社區爲基礎的本土性、個別性、專業性角度，仍然缺乏，亟需社會工作、心理衛生與衛生教育界者共同合作，尤其是消費者意識抬頭的今日，社區民衆逐漸能更主動關心到自己的問題與狀態，而心理健康正是一個需長期經營的生活議題，值得政府與地區人士投入，以促進居民、精神病患與其家屬獲得更高的福祉。

(本文作者現任高雄醫學院醫社系講師)

## 參考書目

- 行政院衛生署 精神衛生法及其施行細則 一九九一  
行政院衛生署 精神病患社區復健計畫訪查報告 一九九三  
行政院衛生署 精神病患社區復健工作研討會彙編 一九九三  
沈楚文等 新編精神醫學 台北 永大書局 一九九一  
姚克明、王慧悌 社區組織的理論與實際 台中 台灣省公共衛生研究所 一九八四  
徐永德 社區的界定 香港 香港社會工作人員協會 一九八九  
徐震 社區與社區發展 台北 正中書局 一九八二

陳武宗 社區工作與基層健康照護 社區發展六十期 一九九二頁

二十一—二十九

廖榮利 醫療社會工作 台北 巨流圖書公司 一九九一

謝佩卿 從國外趨勢探討我國慢性精神病患治療方針 台灣地區慢性

精神病患復健研討會 一九八七 頁一〇三—一一五

Aelison, D. & Lurie, L. (1972). Mental health education: Research

and practice. In S.E. Golann & C. Eisdorfer (Eds.), Handbook

of Community Mental Health. N.Y., :Appleton-Century-Crofts.

Bachrach, L.L. (1991). Community Psychiatry's Changing Role.

Hospital and Community Psychiatry, 42(6):573-574.

Bennett, D.H. & Freeman, H.L. (1991). Community Psychiatry.

U.K., Churchill Livingstone.

Bloom, B.L. (1984). Community Mental Health. California, Brooks

/Cole Publishing Company.

Goldston, S. E. (1968). "Mental health education in a community

mental health center", American J of Public Health, 58: 6

93-399.

Grusky, O., Tierney, K., Anspach, R., Davis, D., Holstein, J.,

Urruh, D. & Vandewater, S. (1987). Descriptive Evaluations

of Community Support Programs. Int. J. ment. health, 15

(4):26-43.

Grusky, O., Tierney, K. & Spanish, M.T. (1989). Which Community

- Mental Health Services Are Most Important? Administration and Policy in Mental Health, 17(1):3-16.
- Jimenez, M.A. (1988). Community Mental Health: A View from American History. Journal of Sociology and Social Welfare, 15(4): 121-137.
- Ketterer, R. F. (1981). Consultation and Education in Mental Health: Problems and Prospects. CA: Sage Publications.
- Korchin, S.J. (1976). Modern Clinical Psychology. N.Y.: Basic Books.
- MacDonald, L.D., Ochera, J., Leibowitz, J.A. & McLean, E.K. (1990). Community Mental Health Services From the User's perspective: an evaluation of the Doddington Edward Wilsonn (DEW) Mental Health Service. The International Journal of Social Psychiatry, 36(3):183-193.
- Mechanic, D. (1990). Deinstitutionalization: an Appraisal of Reform. Annual Review of Sociology, 16:301-347.
- Minkler, M. (1990). Improving health through community organization. In K. Glanz, F.M. Lewis & B.K. Rimer (Eds.). Health Behavior and Health Education. CA: Jossey-Bass Publishers.
- Segal, S.P. & Choi, N.G. (1991). Family Affections SSI Support for Sheltered Care Residents with Serious Mental Illness. Hospital Community Psychiatry, 42(11): 1132-7.
- Sundel, M. & Schanie, C.F. (1978). Community mental health and mass media preventive education: The alternatives project. Social Service Review, 52: 297-306.
- Wilmoth, G.H., Silver, S. & Severy, L.J. (1987). Receptivity and Planned Change: Community Attitudes and Deinstitutionalization. Journal of Applied Psychology, 72(1):138-145.